

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Жебентяев В.А., Мицура В.В

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Психогенные депрессивные расстройства отличаются высокой распространенностью, клиническим полиморфизмом, ростом числа стрессогенных факторов, зачастую резистентностью к проводимому лечению, а также тяжестью последствий, таких как суицид, зависимость от психоактивных

веществ, психосоматические расстройства [1,2]. При этом вопросы психопатологической дифференциации и динамики психогенных депрессий среди пациентов Республики Беларусь остаются недостаточно изученными.

Целью данного исследования являлось изучение различий в клинической симптоматике пациентов с различными вариантами психогенных депрессивных расстройств.

Материал и методы. Работа была проведена на базе Витебской областной клинической психиатрической больницы, Витебского областного психоневрологического диспансера и Витебского государственного медицинского университета. Объектом исследования были выбраны 119 пациентов зрелого возраста, впервые обратившиеся за психиатрической помощью, с клинической картиной депрессивных реакций и состояний, спровоцированных психоэмоциональным стрессом. Отбирались пациенты, не имевшие клинически значимой соматоневрологической патологии и других психических расстройств.

Оценка психического состояния проводилась с использованием следующих диагностических инструментов: исследовательские диагностические критерии депрессии классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 [3]; шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS-21) [4]; опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised - SCL-90-R) [5].

Результаты были обработаны статистически с использованием метода дисперсионного анализа (ANOVA), критерия Манна-Уитни для оценки достоверности различий, кластерного анализа с применением программы STATISTICA 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В полиморфизме клинической симптоматики психогенных депрессивных расстройств использование метода кластерного анализа позволило выделить три клинических группы. В первую группу (30 человек) вошли пациенты, состояние которых соответствовало клинической картине кратковременных расстройств адаптации. Во вторую группу (30 человек) вошли пациенты с клинической картиной пролонгированных расстройств адаптации. В третью группу (59 человек) вошли пациенты, у которых был диагностирован легкий или умеренный депрессивный эпизод (ДЭ) по МКБ - 10.

У пациентов с депрессивными эпизодами наблюдается более тяжелое состояние по большинству депрессивных симптомов. У пациентов из группы депрессивных эпизодов статистически достоверно выше показатели подавленного настроения ($p < 0,0001$), чувства вины ($p < 0,001$), суицидальных тенденций ($p < 0,001$), ранней ($p < 0,01$), средней ($p < 0,01$) и поздней бессонницы ($p < 0,0001$), потери веса ($p < 0,01$) и суточных колебаний состояния ($p < 0,05$) по сравнению с группой острых расстройств адаптации и группой затяжных расстройств адаптации. В группе депрессивных эпизодов по сравнению с группой острых расстройств адаптации более высокие показатели нарушения работоспособности и активности ($p < 0,01$), заторможенности ($p < 0,01$), желудочно-кишечных соматических и общесоматических симптомов ($p < 0,01$), ипохондрических расстройств, деперсонализации ($p < 0,05$) и обсессивно-компульсивных симптомов ($p < 0,01$). По сравнению с группой затяжных расстройств адаптации в группе депрессивных эпизодов более высокие показатели психического возбуждения (ажитации) ($p < 0,01$). В группе затяжных расстройств адаптации по

сравнению с группой острых расстройств адаптации были более высокие показатели общесоматических симптомов ($p < 0,05$), заторможенности ($p < 0,05$) и нарушения работоспособности ($p < 0,05$) и, более низкие показатели возбуждения (ажитации) ($p < 0,05$).

Результаты с использованием опросника SCL-90 показывают, что наибольшие средние значения показателей депрессии и тревожности наблюдаются в группе депрессивных эпизодов. Показатели по шкалам обсессивно-компульсивных расстройств и межличностной тревожности в группе затяжных расстройств адаптации были сравнимы с этими же показателями в группе депрессивных эпизодов, однако по уровню показателей депрессии группа депрессивных эпизодов была достоверно выше пациентов с затяжными расстройствами адаптации. В группе острых расстройств адаптации отмечены наиболее низкие показатели по всем основным шкалам и по общему индексу тяжести GSI, который является индикатором текущего состояния и глубины расстройства. Наиболее высокие показатели GSI наблюдаются у пациентов с клиникой депрессивных эпизодов, за которыми следуют затяжные расстройства адаптации. Высокие показатели по шкале переданья у пациентов с затяжными расстройствами адаптации, наименьшие показатели потери веса по шкале Гамильтона, а также данные, полученные при клинико-психопатологическом обследовании о частой встречаемости симптомов гиперфагии, гиперсомнии, повышенного потребления пищи, увеличении веса, стремления к углеводистой пище, обратного суточного ритма говорят о высоком удельном весе атипичных симптомов депрессии у данных пациентов.

Выводы:

Для острых (кратковременных) расстройств адаптации характерна наиболее легкая клиническая картина (преобладание отрицательных корреляционных взаимосвязей с показателями выраженности клинической симптоматики), с преобладанием на начальном этапе своего развития гиперкинетических субшоковых реакций, затем развивается нерезко клиническая картина депрессивной реакции с преимущественно тревожно-депрессивная симптоматикой, более частым использованием алкоголя для снятия болезненных расстройств. Для пролонгированных расстройств адаптации характерно более длительное течение. После начального этапа в виде гиперкинетических или смешанных субшоковых реакций развивается нерезко выраженная, преимущественно астено-депрессивная симптоматика с атипичным и симптомами депрессии (гиперфагией, гиперсомнией, увеличением веса). Для депрессивных эпизодов характерно развитие в инициальном этапе гиперкинетических и акинетических аффективно-шоковых реакций, в последующем выраженная депрессивная симптоматика с преобладанием типичных для депрессии симптомов, более высокий риск суицидального поведения.

Литература:

1. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: МИА, 2005. – 432 с.
2. Paykel, E.S. Depression: major problem for public health / E.S. Paykel // Epidemiol Psychiatr Soc. – 2006. – Vol. 15, №1 – P 4-10.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – Санкт-Петербург: Адис, 1994. – С.131-170.

4. Hamilton, M. A rating scale for depression / M. Hamilton // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry - 1960 — Vol. 23. — P. 56-62.
5. Тарабрина Н.В. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised ~ SC L-90-R) // Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина [и др.], под ред. Н.В. Тарабриной. - СПб.: Питер, 2001. - С. 146-181.